

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs.1 DSGVO

Praxisstempel

Einwilligungserklärung

Name	
Geburtsdatum	

1. Allgemeine Speicherung personenbezogener Daten und Recall-Service

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Kommunikation und Kontaktaufnahme – auch im Rahmen des Erinnerungsservice – auf postalischem, telefonischem Weg oder durch E-Mail-Versand mit mir durch die Zahnarztpraxis Jonscher zu.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigte/r

2. Einwilligung der Weitergabe von Daten mit dem zahntechnischen Labor

Im Rahmen der prothetischen Versorgung werden personenbezogene Daten von uns, der Zahnarztpraxis Jonscher an das Dentallabor

Rübeling & Klar, Ruwersteig 43, 12681 Berlin

oder

Condylus-Hallerstr. 3- 10587 Berlin

weitergegeben.

Die Weitergabe der Daten an das o. g. Dentallabor sowie die Speicherung und Verarbeitung der Daten durch das Dentallabor ist für die Planung, Herstellung und Abrechnung der Leistungen Ihres Zahnersatzes erforderlich.

Folgende Daten können übermittelt werden:

- Name, Geschlecht, Alter oder Geburtsjahr, Versicherungsstatus

- Zahnstatus, Art und Umfang der geplanten oder beauftragten zahntechnischen Arbeit, Regel, gleichartige- und andersartige Versorgung, XML-Nummer
- Abdrücke der Zähne und der Kiefer, Modelle, Zahnfarbe, Fotos

Eine Weitergabe Ihrer Daten an sonstige Dritte erfolgt nicht.

Ja ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. personenbezogenen Daten an das Dentallabor weitergegeben werden. Meine personenbezogenen Daten dürfen von dem Dentallabor gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin, den _____

Unterschrift Patient/in / Sorgeberchtigte/r